**Timbre ou logo de la collectivité**

**ARRÊTÉ DE PLACEMENT PROVISOIRE EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE**

Le Maire *(ou le Président)* de .................................

VU le code général de la fonction publique, notamment son article L.822-21,

VU le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987, modifié, relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, notamment ses articles 37-5 et 37-9,

VU la demande de M/Mme …………… *(Nom, prénom, grade)* tendant à la reconnaissance de l’imputabilité au service de l’accident survenu le……….. (OU de la maladie professionnelle)

VU la déclaration relatant les circonstances de l’accident (OU de la maladie professionnelle) dont il/elle a été victime le ………………,

VU le certificat médical initial en date du ………………. établi par le docteur …………………(*le cas échéant lorsque l’accident ou la maladie entraîne une incapacité de travail*) et prescrivant un arrêt de travail à M/Mme …………… *(Nom, prénom)* à compter du …………..,

CONSIDERANT que, malgré ses diligences, le Maire *(ou le Président)* de ........................... n’est pas en mesure de statuer sur la demande de l’agent dans les délais prescrits par l’article 37-5 du décret n°87-602 précité.

CONSIDERANT que, conformément à l’article 37-5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 susvisé, il appartient de statuer provisoirement sur la demande de M/Mme…………*(Nom, prénom).*

**ARRÊTE**

**Article 1er** : L'accident survenu dans l'exercice (OU à l'occasion de l'exercice) de ses fonctions à (OU la maladie d'origine professionnelle dont est victime) M/Mme ................. (*Nom, prénom, grade*) est reconnue **à titre provisoire** imputable au service.

(*Le cas échéant lorsque l’accident ou la maladie entraîne une incapacité de travail*) **Article 2** : M/Mme ……… (*Nom, prénom*) est placé(e) **à titre provisoire** en congé d’invalidité temporaire imputable au service à compter du …………… jusqu’au ……………. (Dates de l’arrêt de travail initial).

Pendant toute cette période, et jusqu’à ce qu’une décision définitive intervienne, il/elle conserve l’intégralité de son traitement.

**Article 3** : M/Mme……………… *(Nom, prénom)* a également droit, sur présentation des justificatifs, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l'accident (OU la maladie).

**Article 4** : Aux termes de l’instruction, si l’imputabilité au service de l’accident (OU de la maladie professionnelle) n’est pas reconnue, le présent arrêté sera retiré.

L’autorité territoriale demandera alors le remboursement des sommes versées au titre du maintien du plein traitement ainsi qu’au titre des frais médicaux engagés.

**Article 5** : L'intéressé(e) est informé(e) que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Besançon, 30 rue Charles Nodier, 25000 BESANCON dans un délai de deux mois à compter de sa notification, éventuellement au moyen d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**Article 6** : Le Directeur Général des services *(ou le secrétaire de mairie ou le directeur)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé(e).

Ampliation sera adressée :

- au Président du Centre de Gestion du Jura,

- au Comptable de la collectivité.

Notifié le ........................ Fait à………………………………

Signature de l'Agent : le .............................……………..

Le Maire(ou le Président)

Le Maire *(ou le Président)* certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte qui a été notifié à l'intéressé(e) le .....................

Fait à ..........................................., le .............................................…..

l'Autorité Territoriale,